FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1893-1894 N° 7

DE LA

MÉLANODERMIE PHTIRIASIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Novembre 1893

PAR

Pierre-Antoine-Claude BOUDOU

Né à Saint-Flour (Cantal), le 22 janvier 1870

Examinateurs de la Thèse..	MM. ARNOZAN	professeur,	*Président*
	PICOT	professeur,	*Juges*
	MESNARD	agrégé	
	AUCHÉ	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1893-1894 N° 7

DE LA

MÉLANODERMIE PHTIRIASIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Novembre 1893

PAR

Pierre-Antoine-Claude BOUDOU

Né à Saint-Flour (Cantal), le 22 janvier 1870

Examinateurs de la Thèse..	MM. ARNOZAN	professeur,	*Président*
	PICOT	professeur,	*Juges*
	MESNARD	agrégé	
	AUCHÉ	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ.....
MERGET..... } Professeurs honoraires
AZAM.....

	Messieurs
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	N.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHÉ.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle	de NABIAS.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Cliniq. des Maladies syphilitiques et cutanées	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCÉ
Cl. des mal. des fem.	BOURSIER	Accouchements	RIVIÈRE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Chimie	DENIGÈS
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE		

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUBREUILH

CHARGÉ DU COURS ET DE LA CLINIQUE

DES MALADIES SYPHILITIQUES ET CUTANÉES A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR X. ARNOZAN

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OFFICIER D'ACADÉMIE

INTRODUCTION

Le sujet du travail que nous avons l'honneur de soumettre à la bienveillance de nos juges, nous a été donné par M. le professeur W. Dubreuilh. Il se compose de trois parties. Après un historique de la question, nous publions une série d'observations qui nous permettent d'esquisser l'étude clinique de l'affection. La troisième partie est consacrée à la pathogénie.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à M. le professeur agrégé W. Dubreuilh pour la bienveillance qu'il nous a montrée et les nombreux conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Que M. le professeur X. Arnozan reçoive ici l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE LA MÉLANODERMIE PHTIRIASIQUE

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

Pignot dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* définit la phtiriase : une maladie cutanée, contagieuse et parasitaire déterminée par la présence des poux sur le corps. Le parasite qui la détermine est décrit dans les traités d'Histoire naturelle sous le nom de *Pediculus vestimenti* qui lui a été donné par Nitzsch en 1864. Il diffère du *Pediculus capitis* par sa longueur et sa largeur plus grandes, sa tête plus arrondie, ses antennes plus longues. Il n'envahit pas le cuir chevelu ; il se tient caché dans les plis des vêtements, où la femelle pond ses œufs, ordinairement le long des coutures. Il ne passe sur le corps que pour chercher sa nourriture.

Sa piqûre détermine une vive démangeaison, qui force le malade à se gratter énergiquement, et à s'excorier. Les

ongles toujours septiques infectent les plaies qu'ils font, et l'on observe chez les vieux phtiriasiques des pustules et des croûtes, quelquefois même des lésions plus graves et plus étendues, des phlegmons, des adénites et des gangrènes superficielles.

Le parasite ne s'attaque pas indifféremment à tous les sujets. Les jeunes et les vigoureux lui conviennent peu. Il vit de préférence sur les individus âgés, surtout sur les cachectiques, les convalescents, les gens simplement affaiblis, tels que les soldats d'une armée après une longue campagne. Les corps expéditionnaires de Crimée et de Chine en ont été infestés à plusieurs reprises. On le rencontre chez les individus peu soigneux, malpropres, qui ne changent jamais de linge. Habitant de préférenceles plis des vêtements, les coutures de la chemise, il ne peut pas se reproduire en quantité considérable, quand les habits sont changés et nettoyés souvent.

Le plus ou moins de dureté et de sécheresse de la peau, la composition des sécrétions cutanées doivent probablement avoir une influence notable sur sa multiplication. Il y a des sujets sur lesquels il ne peut pas vivre, c'est un fait dont la connaissance est très répandue dans le peuple, et Darwin rapporte que les poux dont étaient couverts quelques habitants des îles Sandwich périssaient au bout de trois ou quatre jours quand ils venaient à passer sur le corps de certains matelots anglais.

Quand un individu en est infesté pour la première fois, on n'observe que quelques lésions de grattage, localisées surtout à la base du cou et sur les régions scapulaires. Les excoriations guéries, il reste une pigmentation plus ou moins foncée qui disparaît d'après Kaposi, au bout de trois semaines.

Mais dans certaines circonstances, lorsque le terrain leur

est favorable, les parasites se multiplient avec une rapidité et une abondance vraiment prodigieuses. Il y a des sujets qui en sont littéralement couverts et qui, négligents jusqu'à l'extrême, restent dans cet état pendant plusieurs années. Les anciens auteurs sont pleins de descriptions plus ou moins fabuleuses de phtiriase inguérissable, ayant même occasionné la mort. Frappés de la multiplicité des parasites et ignorant leur puissance de reproduction, ils l'expliquaient par la génération spontanée. Presque toutes les observations de phtiriase publiées avant le commencement du siècle ne tendent qu'à prouver cette théorie, et ne contiennent aucune description précise des lésions et des pigmentations cutanées.

Le cas le plus ancien de mélanodermie probablement phtiriasique nous paraît être rapporté par Lusitanus au XIV^e^ siècle. Il raconte l'histoire d'une dame romaine qui, pendant la convalescence d'une longue maladie, se couvrit de poux et devint noire.

Blumenbach, le premier, a remarqué la teinte foncée que présentent parfois les gens qui vivent dans la misère, mais n'en a pas indiqué la cause.

Dans son ouvrage, *De generis humani varietate nativa,* Göttingen, 1781, page 67, on trouve cette phrase : « *Non rara adeo occurunt anatomicis cadavera infirmæ sortis hominum, quorum reticulum propiùs ferè ad Æthiopium nigredinem quam ad elegantem Europœi candorem accedit.* »

Mais il faut arriver jusqu'à Alibert pour trouver quelques notions précises sur la mélanodermie phtiriasique. Dans sa description des maladies de peau observées à Saint-Louis et publiée en 1801, il décrit les pigmentations sous le nom d'éphélides. Il a remarqué la fréquence de la mélanodermie chez les vagabonds. « On observe, dit-il, sur la peau des mendiants, de tous ceux qui vivent renfermés dans les

prisons, qui respirent un air malsain, qui ne changent jamais de linge, des taches d'un brun noirâtre ou d'un fauve obscur.»

Il en décrit parfaitement la forme, mais en raison du mauvais état général du malade, il leur donne le nom d'éphélides scorbutiques et ne voit pas la relation qui peut exister entre cette pigmentation et les parasites si fréquents dans cette classe d'individus. Plus tard, en 1835, dans sa monographie des dermatoses, à propos du prurigo pédiculaire, il décrit l'affaiblissement, la cachexie qui l'accompagne souvent, et après avoir parlé de l'état général, il écrit : « Ce qui frappe surtout l'attention dans le prurigo pédiculaire, c'est une humeur visqueuse qui s'échappe du corps du malade et qui se solidifie sur la peau pour y former un enduit sale et dégoûtant. »

Il publie ensuite l'observation de Chomel que nous reproduisons plus loin et la fait suivre d'une très curieuse figure coloriée, puis une seconde que nous reproduisons également. Il insiste sur la quantité de poux qui couvraient le dernier de ces malades et fait remarquer que les endroits les plus foncés en couleur étaient précisément chez lui ceux où la vermine se rencontrait avec le plus d'abondance.

En 1830, Biett (1) et son élève Cazenave (2) distinguent le prurigo pédiculaire du prurigo sénile. Cazenave fait remarquer que l'on observe le premier chez les individus affaiblis par la misère : « La peau est brune, dit-il, les fonctions détériorées, le corps est couvert d'insectes qui se multiplient avec une prodigieuse rapidité ». Bazin, en 1862 (3), admet que la phtiriase invétérée peut conduire à la cachexie, puis il ajoute

---

(1) *Traité des maladies de la peau.*
(2) *Leçons sur les maladies de la peau.*
(3) *Leçons sur les maladies parasitaires.*

que, « dans ce cas, la peau présente parfois des altérations profondes, une couleur bronzée de mauvais aspect et exhale une odeur fétide. »

Son élève Baudot, dans son *Traité des Maladies de la peau*, reproduit les mêmes idées.

Hardy attire également l'attention sur la coloration de la peau dans les cas de phtiriase ancienne. Mais il ne voit pas de rapport de cause à effet entre les parasites et la pigmentation.

Devergie (1), admettant la spontanéité de la phtiriase, croit que le prurigo pédiculaire n'est qu'une complication du prurigo ordinaire; il ne parle pas de la coloration bronzée de la peau chez les phtiriasiques, bien qu'il publie l'observation d'un homme couvert d'une fourmilière de poux, selon son expression, dont le corps était parsemé de plaques pigmentées en quantité si considérable qu'elles donnaient une apparence zébrée et tigrée à la surface des téguments. C'est à la même époque qu'Addison publia son célèbre ouvrage sur les effets généraux et locaux des lésions des capsules surrénales. Ses idées alors nouvelles firent naître un grand nombre de thèses et de mémoires sur les pigmentations et la mélanodermie.

Dans un certain nombre de ces travaux, nous avons pu relever des observations de pigmentations attribuées à la maladie bronzée, mais en réalité se rapportant nettement à notre sujet. Vogt nous paraît être le premier qui ait saisi la relation causale qui existe entre les parasites et certaines formes de mélanodermie. Dans l'article de M. Ball du *Dictionnaire Encyclopédique* se trouve le passage suivant à propos

---

(1) *Maladies de la peau.*

du diagnostic de la maladie d'Addison. « Il existe une maladie pseudo-bronzée *(pseudo-bronze Krankheit)*, qui résulte de la misère, de l'inanition, de la présence de parasites, de l'anémie idiopathique. Cet état morbide, désigné sous le nom de maladie des vagabonds *(Vagranten Krankheit)*, peut souvent en imposer en raison de la dépression profonde qui l'accompagne; il simule jusqu'à un certain point l'asthénie surrénale. » Nous n'avons pas pu trouver l'indication bibliographique précise du travail de Vogt que tous les auteurs citent par tradition. Fabre, de Commentry, n'a pas été plus heureux que nous.

La thèse de ce dernier (1) est le premier ouvrage français sur la question. Après avoir fait remarquer que l'hyperpigmentation de la peau se produit sous l'influence des causes les plus diverses et que des parasités végétaux, tels que le microsporon furfur, sont parfaitement capables de la déterminer, Fabre conclut qu'il n'est pas impossible à des parasites animaux de jouer un rôle analogue.

Il publie plusieurs observations de malades, couverts de vermine, non cachectiques, et mélanodermiques, chez qui la pigmentation diminua considérablement dès qu'ils furent débarrassés des pédiculi qui les dévoraient. Il démontre que la phitriase était le seul symptôme coïncidant avec la mélanodermie et comme celle-ci commença à diminuer dès que la première eût disparu, il établit logiquement entre les deux un rapport de cause à effet. Reprenant ensuite les travaux de ses prédécesseurs dont la majorité attribuaient dans des cas analogues la mélanodermie à une cachexie de

(1) *Des Mélanodermies et en particulier d'une Mélanodermie parasitaire.* — Paris, 1872.

misère, il fait voir que leurs raisonnements manquaient de précision, car ils ne tenaient aucun compte du facteur phtiriase qui toujours se rencontrait dans les données du problème.

La thèse de Fabre fit entrer définitivement la mélanodermie phtiriasique dans le cadre de la nosographie. Après lui, nous ne trouvons plus que des observations isolées publiées ça et là dans des recueils divers.

Greenhow, en 1876, publie une observation et donne à l'affection qu'il décrit un nom analogue à celui que Vogt lui avait déjà donné. Il l'appelle « Vagabond's discoloration. »

En 1878, nous rencontrons la thèse de Weber (1). Il se contente en passant d'analyser le travail du docteur Fabre dont il reproduit les principales observations. Mais il n'apporte aucun fait nouveau et ne cherche pas à donner la pathogénie de la pigmentation observée dans les cas qu'il mentionne.

Nous ne trouvons plus ensuite que l'observation que Portalier a publiée dans les *Archives de Dermatologie,* en 1882, et celles de MM. Thibierge et de Besnier en 1889 et 1891.

---

(1) *Contribution à l'étude des Mélanodermies.* — Thèse de Paris, 1878.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

L'existence de la mélanodermie phtiriasique a donc été démontrée par Fabre (de Commentry) et différenciée des autres formes d'hyperchromie. Il est d'autant plus inutile de revenir sur cette question, qu'aucun des dermatologistes contemporains ne la met en discussion. Mais Fabre s'est contenté d'établir l'étiologie en glissant très rapidement sur l'étude clinique. Nous allons essayer de la faire. Il faut d'ailleurs la modifier, car des observations nouvelles sont venues apporter des faits inconnus des auteurs qui écrivaient vers 1872. Nous ne pouvons publier de cas observés personnellement. Mais nous avons recueilli toutes les observations que nous avons pu trouver dans la littérature médicale et nous essaierons d'en dégager l'étiologie, la marche et le diagnostic, de l'affection qui fait le sujet de notre thèse.

La première observation que nous avons trouvée est celle qu'Alibert a publiée dans sa description des maladies de la peau observées à Saint-Louis (1805).

Observation I

Un mendiant qui couchait dans les granges, dans les écuries et dans les lieux malsains, n'avait point changé de linge depuis plus de huit mois; quand il se présenta à l'hôpital Saint-Louis, on lui ôta ses vêtements pour lui administrer des soins de propreté. Sa peau était noircie comme celle d'un ramoneur. Cette même peau était raboteuse et granulée dans plusieurs points de sa surface; elle offrait l'aspect du maroquin où de la peau d'un quadrupède qui aurait été desséchée au soleil.

L'observation suivante a été publiée par Chomel, et le malade étudié par Alibert qui l'a fait dessiner en couleurs. Elle a été suivie d'une autopsie dont nous donnerons le résultat au chapitre suivant.

Observation II (1)

(Résumée.)

Marin (Charles-Marion), âgé de soixante-sept ans, commissionnaire, entre à la Charité le 18 mai 1814 pour catarrhe pulmonaire, et changement de coloration de la peau.

Toujours bonne santé. Vers la fin du mois d'avril il s'aperçut que ses bras et ses cuisses prenaient une teinte noirâtre. Il portait l'insouciance à un tel point qu'il ne regarda pas si le tronc avait la même couleur.

La peau du tronc offrait dans toute son étendue une coloration noire très manifeste, mais plus foncée sur certaines parties que sur d'autres. Les parties latérales du thorax étaient les plus noires et la peau ressemblait en ces points à celle d'un nègre. En approchant de la ligne médiane,

---

(1) Chomel. — *Bulletin de la Faculté de Médecine*, 1814.

elle était seulement d'un jaune noirâtre ; en arrière elle s'éclaircissait jusqu'à un pouce de l'épine, où la couleur normale reparaissait. La peau des membres n'était pas aussi noire. La coloration s'affaiblissait graduellement vers les extrémités et devenait progressivement jaune noirâtre et jaunâtre vers les pieds et les mains. La partie antérieure des cuisses était bien moins foncée que la postérieure.

Le visage était seulement basané. La peau des mains et des pieds plus jaune que celle du visage ne paraissait pas participer bien manifestement à la maladie.

Quelques taches blanchâtres autour du cou, de grandeur inégale, de forme irrégulière, plus larges et plus rapprochées sur la moitié externe des clavicules où beaucoup d'entre elles se touchaient, formaient une espèce de collier panaché, large d'un pouce environ, sur les côtés du cou.

La peau était sèche, paraissant comme saupoudrée d'une poussière blanchâtre. Démangeaisons. Appétit passable, quelques crachats muqueux. Les jambes et les cuisses œdémateuses. Le malade attribuait cette coloration à la vermine. Il portait depuis cinq ou six mois les lambeaux de la même chemise, qu'il n'avait pas quittée, et depuis longtemps il était couvert de poux. Du reste, ni gale ni syphilis.

Cet homme avait mené une vie des plus agitée. Sous-lieutenant, il perdit son grade pendant la Révolution, devint commissionnaire et fut réduit, avant son entrée à l'hôpital, à la dernière misère.

Observation III (1)

(Résumée)

Doze (Louise), soixante-dix-sept ans, entre à l'hôpital Necker le 10 avril 1862. Elle accuse une douleur généralisée dans tout le corps. Ecchymose de neuf centimètres de long sur un centimètre de large, le long du bord interne du pied, de cause inconnue.

Au cœur, léger souffle au premier temps, se propageant dans l'aorte et

---

(1) Martineau. — *Maladie d'Addison.* — Thèse de Paris, 1863.

dans la carotide. Météorisme, abattement profond. La malade est couverte de poux : bains de sublimé.

La peau présente une absence complète de souplesse. Les plis qu'on y fait persistent, et quant à la sécheresse et à la raideur, on dirait une peau de serpent.

Coloration bistre partout. La poitrine en avant et en arrière et le ventre sont de teinte plus foncée, se rapprochant de la teinte dite gorge de pigeon. Des pellicules épidermiques à moitié détachées forment sur tous ces points une couche légère. La racine des membres supérieurs est aussi très foncée.

Puis la teinte va en se dégradant et arrive à la main à la simple intensité d'une peau de mulâtre. De même aux membres inférieurs. La coloration va en diminuant de la racine aux extrémités. La tête est également moins foncée que le col et surtout que le tronc.

La malade fait remonter son changement de couleur à dix-huit mois environ et le faisait coïncider avec ce fait, qu'elle avait été recueillie par une autre femme et en avait été infestée de vermine.

La malade mourut un mois après son entrée à l'hôpital dans un abattement profond accompagné d'œdèmes et de diarrhée persistante. Ni l'autopsie faite avec beaucoup de soins, ni l'examen histologique ne dévoilèrent d'altération des capsules surrénales. L'examen microscopique de la peau n'a pas été fait.

Observation IV (1)

(Résumée)

Le 1er avril 1861, on apporte à l'Hôtel-Dieu de Rouen la nommée Rose Baratte âgée de soixante ans. Elle est en haillons et couverte de poux, elle est mourante et ne répond pas à son nom. La peau de la face est jaunâtre, transparente et avec un peu de bouffissure cachectique. Mort le 2 avril.

La tête à l'exclusion du cou, les mains jusqu'au dessus du poignet, les

(1) Pouchet. — Thèse de Paris, 1864. *Des Colorations de l'épiderme.*

jambes jusqu'au dessus du genoux sont pâles. Le reste du corps est d'un brun plus foncé que le brun d'un mulâtre. Par places sont des plaques un peu plus foncées offrant un peu l'aspect de squames psoriasiques. Le ton de la couleur s'élève au niveau des hypocondres et autour de la ceinture.

Ulcère de l'estomac. Entérite chronique. Capsules surrénales saines.

Observation V (1)

(Perrin Rose-Perpétue) entre le 17 novembre 1866 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, service Leudet. Pas d'antécédents. Mais depuis deux ans elle est dans la misère et se nourrit seulement de fromage et de pain.

A son entrée à l'hôpital elle était couverte de vermine et avait bien une trentaine de clous. Elle avait commencé à noircir quatre mois avant son entrée à l'hôpital. Teinte brune très prononcée sur le tronc où la peau ressemble à celle d'un nègre. Face également très brune ainsi que les membres.

Taches bleuâtres de pigment à la voûte palatine. La malade sortit le 23 octobre très améliorée.

Revue au mois de juillet suivant elle n'avait ni furoncles, ni parasites. La peau du corps et des membres était encore un peu brunâtre.

Observation VI (2)

(Résumée)

E. A.., âgée de soixante-cinq ans entre à l'hôpital de Middlesex le 3 juin 1863. Elle a beaucoup souffert, beaucoup travaillé et a été très mal nourrie depuis deux ou trois ans.

---

(1) *Loco citato.*

(2) Greenhow. — 16 février 1864. *Transactions of the pathological society of London.*

Depuis plusieurs mois elle vagabonde dans la campagne, elle est très sale et couverte de vermine.

La faiblesse s'est beaucoup accrue depuis huit semaines, elle l'attribue au manque de nourriture. De très forte corpulence autrefois, elle est devenue très maigre.

Elle n'a jamais eu ni nausées ni vomissements et n'a jamais été essoufflée pendant le travail. Elle a toujours eu bon appétit et se montre très vorace à son entrée à l'hôpital.

Sa fille dit avoir remarqué que depuis deux ans environ la figure de sa mère changeait de couleur, depuis plusieurs mois cette teinte s'est prononcée davantage; elle a remarqué aussi une coloration brune de la poitrine et du dos qui ne fit qu'augmenter et grandir jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A son entrée, la figure est colorée, les conjonctives le sont légèrement, le corps est très bronzé sur la poitrine, moins sur les cuisses, à peine sur les jambes et les pieds. Le poul est à 108; il est médiocrement plein. Rien à l'auscultation du cœur, l'appétit est bon, le ventre libre, l'urine a pour densité 1,017. Les jambes et les pieds sont légèrement œdématiés.

Elle éprouve surtout une grande faiblesse. Son appétit est excessif. Au régime de l'hôpital elle engraisse et peu à peu revient en bonne santé.

24 Août. — Pouls, 86, plein non dépressible. La langue est propre et normalement rouge, les lèvres et la muqueuse buccale rouges et normales, la figure est à peine pâlie, mais le dessous des yeux est un peu noir. Les conjonctives à peine jaunes ont un aspect sombre. La partie antérieure de la poitrine jusqu'au nombril est d'une couleur brunâtre parsemée de petites taches formées par de la peau saine et nettement délimitées. La pigmentation s'étend en haut jusqu'au menton où elle se termine par un liséré sombre. Les aisselles sont plus pâles que la poitrine et la partie inférieure de l'aisselle gauche offre un espace normalement coloré de la largeur de la main, les mamelons et les aréoles ont la couleur et l'aspect ordinaire. La pigmentation de l'abdomen est semblable à celle de la poitrine mais un peu plus uniforme.

Les aînes et le pubis sont comme l'aisselle moins bronzés que les parties environnantes. Les cuisses sont beaucoup plus pâles que le corps, mais présentent surtout vers le milieu quelques petites taches sombres très bien délimitées, paraissant à la loupe des traces d'une éruption ancienne. La coloration du dos est plus pâle que celle de la poitrine, elle est interrompue par de nombreuses petites plaques de peau normalement colorée. Les

bras depuis l'insertion inférieure du deltoïde et les jambes au-dessous du genou sont presque entièrement dépourvus de coloration bronzée. La coloration des mains est normale.

En un mot, la surface du corps paraît à la loupe avoir quatre nuances : 1° La couleur normale ; 2° une couleur jaunâtre ; 3° une couleur brune ; 4° des taches presque noires. Les taches les plus noires paraissent formées de la réunion de petits points noirs et bruns. La pigmentation semble tout à fait superficielle.

Bains alcalins chauds, acide nitro-muriatique à l'intérieur.

Grâce à ce traitement, la pigmentation diminue d'une façon très sensible surtout au dos et aux épaules, où l'on faisait des frictions très longues. Après les bains, la femme a recouvert une santé excellente.

Observation VII (1)

(Résumée)

Lepied, chiffonnier, âgé de quarante-quatre ans, entre le 11 février 1867 dans le service de M. Fournier.

Sa santé a toujours été bonne ; il n'a pas eu de syphilis. A partir de 1850, il a commencé à vivre misérablement : nourriture insuffisante, habitation sombre et mal aérée, fatigues excessives amenèrent une débilitation prononcée. Il se plaint de la perte graduelle de ses forces et de la coloration foncée des téguments. Les jambes, les pieds et les mains sont le siège d'un œdème peu intense. Pas de vomissements, pas de douleurs abdominales.

La face est pâle, terreuse, les yeux enfoncés dans leurs orbites. La peau de la poitrine d'une teinte assez foncée est parsemée ainsi que l'abdomen et le dos de taches bistrées dues à des cicatrices. Les parois latérales du thorax et la partie interne des bras présentent une teinte brunâtre rappelant celle du noyer et diminuant d'intensité en se perdant sur la face antérieure des côtes, les hypocondres et les coudes. Les téguments qui

(1) Gillet. — Thèse de doctorat, 1869. — *Contribution à l'étude de la mélanodermie*, Paris

recouvrent le sternum et les cartilages costaux sont d'une teinte jaunâtre. Sur le ventre, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, deux bandes très foncées, présentant sur plusieurs points des plaques de rembrunissement, et qui s'étendent dans les flancs, les lombes et plus bas jusqu'à la verge. La peau des cuisses offre une teinte très accentuée qui disparaît en avant vers les genoux et en arrière vers le creux poplité. A la partie postérieure du cou, îlots mal circonscrits, de coloration bronzée. Le dos, les reins, les fesses, la partie postérieure du sacrum et la rainure inférieure offrent une teinte très accusée. Cette teinte se remarque encore sur les hanches et les régions trochantériennes où elle se confond avec celle de la cuisse.

La peau des mains, des avant-bras, des jambes et des pieds est sèche et jaunâtre; les ongles n'offrent aucune coloration particulière.

Sur tout le corps, lésions de prurigo et de grattage dues à la présence des pédiculi.

Un peu d'emphysème pulmonaire, fonctions digestives normales. Aucune douleur dans la région lombaire. Urines normales.

Six jours après, les taches se couvraient d'une desquamation furfuracée. Le malade, après quelques bains, se trouvait mieux.

Le 18 février, il quittait l'hôpital ; la mélanodermie avait diminué d'intensité sur tous les points du corps.

Gillet fait suivre cette observation de la suivante, écrite de mémoire :

Observation VIII

A la même époque, se trouvait un homme dans une situation analogue, service de M. Barth. Agé de 45 ans ; depuis quelques semaines, il était dans la misère et vivait dans des carrières. Il était couvert de poux et en proie à de vives démangeaisons. Amaigri, épuisé, il offrait, sur tout le corps, le visage excepté, une coloration brune rappelant celle du précédent, mais beaucoup plus intense. Le début de cette pigmentation coïncidait avec celui de sa misère.

Quelques semaines après, il sortit de l'hôpital. Sa coloration avait pâli, mais persistait toujours.

Observation XI (1).

(Résumée).

H... (Françoise), 86 ans, entre à la Charité, dans le service du docteur Olivier, le 13 avril 1870.

Pas d'antécédents pathologiques. Elle souffrait de démangeaisons très vives, localisées surtout sur l'abdomen et les bras, depuis quatre ans environ. Elle a eu des poux à plusieurs reprises et a complètement négligé, dans ces dernières années, tous les soins de propreté.

A son entrée à l'hôpital, son linge était d'une saleté repoussante. La peau de la face, des mains et de la région dorsale des pieds, était lisse et blanche. Sur tout le reste du corps, coloration uniformément bistre, plus accentuée cependant au niveau de l'abdomen et du dos.

Epiderme rugueux, peau sèche, transpiration supprimée.

Cicatrices de grattage. Lésions de prurigo. Pas de diathèses; le fonctionnement des principaux organes parait normal. Rien dans les urines.

Sept semaines après l'entrée de la malade, les poux ayant disparu, la couleur de la peau avait notablement pâli.

Observation X (2)

(Résumée)

A... (Marie), âgée de 64 ans, lingère, entre le 17 mars 1870, dans le service du docteur Olivier.

Aucun antécédent pathologique. Pas de syphilis. Mais la malade, dans une extrême misère, est couverte de poux depuis un an. Ils ont donné lieu à une éruption prurigineuse et à plusieurs furoncles.

---

(1) Thèse Fabre 1872.
(2) Thèse de Fabre 1872.

A son entrée à l'hôpital, coloration bronzée de tout le corps, plus marquée cependant au niveau des régions sous-claviculaires et du dos, ainsi qu'au dessous des seins, bien moins marquée à la face ainsi qu'aux mains et aux pieds. Cette coloration est d'un bleu-noir luisant, excepté en certains points où l'on remarque de véritables squames. Rien aux ongles ni aux muqueuses. La peau est sèche, la transpiration supprimée. Prurit pédiculaire.

L'appétit est excellent. L'état général très bon. Une fois les poux disparus, la mélanodermie diminua d'une facon très sensible, et, au bout d'un mois, la malade quittait l'hôpital très améliorée.

Observation XI (1)

(Résumée)

C..., âgé de 60 ans. Tenue sordide, est couvert de pédiculi de la tête et du corps ; buveur endurci. Il entre à l'hôpital de Middlesex, service de Greenhow, le 24 novembre 1876, avec le diagnostic de maladie d'Addison.

Antécédents. — Cet homme a été sujet au rhumatisme ; mais il n'est pas démontré qu'il ait eu une attaque de rhumatisme aigu. Il a souffert, un an avant son entrée à l'hôpital, de douleurs localisées dans les mollets et dans les jambes qui le rendirent incapable de tout travail. Pendant quelques mois, il a eu une toux qui a amené des crachements de sang et des vomissements alimentaires.

Etat actuel. — Taille courte. Cinq pieds de haut environ. Forte constitution. Il se plaint d'amaigrissement et de dyspnée à l'occasion d'un effort. L'appétit est régulier. Il n'y a pas de constipation. Toute la surface du corps est d'une couleur bronze-sale. La peau est rugueuse. L'épiderme abandonne au grattage des squames furfuracées

La pigmentation est cependant plus marquée sur les côtés du cou, sur la nuque. dans les aisselles, sur les épaules, à la ceinture. Elle est

(1) Greenhow. – *Transactions of the clinical society of London*, 1876.

moins marquée sur la face, les mains, les bras et les pieds, ainsi que sur les côtés du tronc et la région lombaire. Une large bande de peau non pigmentée traversant les épaules s'étend en bas jusqu'à la sixième vertèbre dorsale. L'aréole du mamelon est particulièrement foncée. Le pénis et le scrotum sont presque noirs.

Sur la nuque quelques petites plaques blanches irrégulièrement découpées ressemblent à des cicatrices. Quand on les examine, on voit qu'elles sont formées par de la peau saine.

Sur les bras et sur les mains, il y a quelques plaques semblables, dépourvues de pigmentation.

Les lèvres présentent quelques lignes noirâtres, et l'on voit une légère teinte brune sur la muqueuse buccale.

Le pouls varie de 52 à 70. Il est intermittent. La pointe du cœur bat à deux pouces et demi au-dessous et à deux pouces en dehors du mamelon. L'aire de la matité cardiaque est considérablement élargie, et sur toute l'étendue du sternum on entend un souffle diastolique; un souffle systolique à la pointe. A l'auscultation du poumon, respiration rude et râles sous-crépitants à la base.

Marche de la maladie. — Quelque temps après son admission, le malade souffrit de toux; expectoration opaque et muco-purulente. Vomissements à deux ou trois reprises.

L'appétit était excellent, et au bout de trois ou quatre jours, toute trace d'affaiblissement avait disparu.

Prescription. — Bains alcalins et savonnage.

14 janvier. — La pigmentation de la peau quoique encore prononcée sur la partie antérieure du corps était beaucoup plus pâle qu'au moment de l'admission. L'aréole mammaire et l'abdomen étaient les parties les plus sombres. Le pénis et le scrotum étaient toujours presque noirs. Les placards blancs de la nuque avaient augmenté de dimensions et de nombre depuis l'admission du malade. A la loupe, cette décoloration n'était pas uniforme mais procédait par zones d'intensité différente, parsemées de taches blanchâtres. La face, les mains et le dos étaient revenus à la couleur normale.

Le malade mourut quelques mois après, de sa maladie de cœur. A l'autopsie, les capsules surrénales furent trouvées parfaitement saines.

Observation XII (1)

Constance Véron, âgée de quarante-un ans, blanchisseuse, entre le 26 février 1882, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier

Ménopause à trente ans, à la suite d'une querelle. Deux grossesses normales, pas d'antécédents héréditaires. Misère depuis deux ans. Son travail consistait à écosser des pois dans une cave, les jambes enfoncées jusqu'aux genoux, dans des tas de gousses pénétrées d'humidité. Bientôt elle vit ses jambes enfler et fut prise de douleurs dans les membres inférieurs. Depuis quatre mois elle est sur le pavé. Depuis cette époque, elle a été tourmentée de démangeaisons d'abord localisées aux jambes puis généralisées. Sous l'influence d'un grattage féroce, la peau changea peu à peu de couleur. La pigmentation naissait sous le grattage même. Depuis quatre ans, poux de la tête; poux du corps à l'entrée de la malade à l'hôpital.

Teinte terreuse du visage. La peau est d'une coloration foncée sur la plus grande partie du corps. Le cou est entouré comme d'une collerette. Le dos et la ceinture, les points enfin où pressent les vêtements, sont le siège d'une pigmentation si prononcée qu'ils semblent couverts de la peau d'un nègre. Sur la poitrine et le ventre la mélanodermie est moins prononcée, elle s'atténue encore davantage sur les membres supérieurs. La face postérieure des bras n'offre que de larges taches pigmentaires isolées, sans contour précis, séparées par des intervalles de peau saine. Quant aux cuisses et aux jambes, elles sont fortement pigmentées et cela d'une façon uniforme. La face inférieure des seins reposant sur la paroi thoracique est épargnée par la pigmentation. Sont également épargnés, la pointe des fesses, les régions articulaires du coude, les mains, les poignets dans le sens de l'extension. La peau est lisse sans desquamation, au contraire d'une malade de la même salle atteinte aussi de mélanodermie phtiriasique qui présentait sur les taches pigmentaires une desquamation abondante.

---

(1) Portalier. — *Annales de Dermatologie*, 1882.

La sécrétion sudorale est diminuée. Rien sur les muqueuses. Lésions de grattage.

Diarrhée, pas de fièvre intermittente, pas de diathèses, pas de diabète, pas de douleurs dans les régions lombo-abdominales. Faiblesse rapidement améliorée par une bonne nourriture.

Diminution rapide de la pigmentation après la disparition des parasites.

Observation XIII (1)

(Résumée)

S... Alfred, âgé de cinquante-neuf ans, entre, le 13 novembre 1891, dans le service du docteur Besnier, hôpital Saint-Louis.

Existence des plus agitées. Rhumatisme articulaire aigu, fièvre jaune, blennorrhagie, syphilis en 1864. En 1863, à Saint-Nazaire, accès paludéens renouvelés pendant deux mois ; non reparus depuis.

Depuis 1868, nombreux voyages en Amérique. En 1888, il est tombé dans la misère.

Il y a un an environ que la pigmentation de la peau est apparue. Ayant toujours eu les téguments foncés, il y fit peu attention. Il déclare que depuis cette époque elle s'est peu modifiée. Depuis le mois de juin dernier, nouvelles lésions des téguments. Depuis un certain temps déjà, il était sujet aux démangeaisons; elles sont devenues plus intenses depuis ce même mois de juin.

Etat actuel. — 13 novembre. — Aspect misérable, vêtements sordides, poux dans les plis des vêtements et lentes à tous leurs fils.

Lésions de phtiriase invétérée. Le dos à sa partie supérieure est le siège de lésions de grattage, d'excoriations linéaires caractéristiques. Sur la partie antérieure du thorax, le dos et les bras, pustules d'ecthyma peu nombreuses, mais quelques-unes volumineuses rappelent l'aspect des furoncles.

---

(1) Thibierge. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1891

Prurit intense à prédominance nocturne entraînant une insomnie absolue.

Pigmentation prononcée occupant une grande partie de la surface cutanée; d'un brun rouge, par larges plaques sans intervalle de peau saine. Cette pigmentation occupe tout le tronc et prédomine en avant au niveau de la ceinture et en arrière au même niveau, mais surtout dans les régions sus et inter-scapulaires. La région pubienne est fortement pigmentée ainsi que le scrotum.

Aux membres supérieurs, la région de l'aisselle, la portion adjacente de la paroi thoracique antérieure sont le siège d'une pigmentation assez prononcée. Sur les bras et les avant-bras, on voit quelques taches pigmentaires développées au voisinage de cicatrices d'anciennes lésions de phtiriase, et d'autant moins nombreuses qu'on s'éloigne davantage de la racine du membre. Rien aux mains ni aux ongles.

Aux membres inférieurs, topographie identique des lésions. La face est d'une coloration brune légère, beaucoup moins prononcée que sur le tronc. Les téguments sont légèrement œdématiés.

La muqueuse buccale est le siège de pigmentations dont la constatation demande parfois un examen attentif.

L'on voit sur la face interne de la joue droite sept ou huit taches d'un brun pâle de 2, 3 ou 4 millimètres de diamètre, régulières, arrondies, nettement délimitées, disséminées irrégulièrement. A gauche, elles sont plus petites, plus pâles et plus nombreuses. La voûte et le voile du palais sont d'une coloration pâle sur laquelle tranchent quelques dilatations vasculaires et des taches brun jaune, arrondies, disposées en réseau irrégulier.

Plaques de leukokératose au voisinage des commissures labiales. (Le malade a été grand fumeur.) Dents gâtées et tombées.

Pas de coloration anormale de la conjonctive. A la surface du gland, côté droit, trois taches brunes assez foncées de 2 à 3 millimètres de diamètre. La face muqueuse du prépuce est aussi le siège de taches pigmentaires pâles et peu apparentes.

Pas de douleurs abdominales ou lombaires. Pas de vomissements, pas de diarrhée. Pas de tuberculose pulmonaire. Le malade est assez vigoureux, ses forces ne paraissent pas avoir diminué.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Observation XIV (1)

(Résumée)

Victor P..., soixante-dix ans, entre le 18 décembre 1891, dans le service de M. Besnier, à Saint-Louis.

Ni syphilis, ni paludisme, ni rhumatisme. Longtemps cocher, il est dans la misère depuis deux ans et loge dans des garnis infects.

Il y a un an, pour la première fois, il a eu des démangeaisons semblables à celles dont il est atteint, elles ont guéri sous l'influence de bains sulfureux. Elles ont reparu depuis trois mois. Il ne sait pas quand s'est montrée la pigmentation anormale des téguments. Il a eu, depuis son enfance, le teint foncé.

Etat actuel. — Sur le tronc, la peau est légèrement brunâtre, parsemée d'un grand nombre de petites taches brunes variant de un millimètre de diamètre à la dimension d'une lentille. Un petit nombre sont plus foncées. Elles sont disséminées tout autour du tronc, au-dessus d'une ligne passant au-dessus de l'ombilic.

Au-dessous de l'ombilic, les téguments ont seulement une légère coloration brunâtre diffuse.

Cicatrices et lésions de grattage, surtout dans les régions sus et interscapulaires.

Au devant de l'aisselle, plaque brunâtre diffuse.

Sur les membres supérieurs et inférieurs, lésions de grattage.

La face est un peu pigmentée, surtout dans la partie inférieure. Le cou est aussi le siège d'une légère pigmentation diffuse. Sur la muqueuse de la face interne des joues, des deux côtés, série de traînées brunâtres, irrégulières, allongées d'avant en arrière, mal délimitées, prédominantes à gauche.

Sur la portion adhérente du voile du palais et la partie postérieure de la voûte palatine, la coloration est d'un brun jaunâtre, irrégulière, réticulée et coïncide avec quelques dilatations vasculaires, et une coloration générale un peu plus pâle qu'à l'état normal.

---

(1) Thibierge. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.*

A gauche, sur le bord libre de la lèvre inférieure, coloration brunâtre, diffuse, en plaques mal délimitées.

Dentition pitoyable. Vaisseaux de la muqueuse buccale dilatés, variqueux même au voisinage des commissures.

Sur le gland, petites taches arrondies de un à deux millimètres de diamètre de coloration brun clair.

Démangeaisons assez intenses. Quelques poux dans les vêtements. Pas de phtiriase du cuir chevelu.

L'appétit est bon. Pas de vomissements, pas de diarrhée, pas de douleurs lombaires. Pas de dépression physique ni mentale. Pas de lésions pulmonaires. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Observation XV (1)

(Résumée)

M... Auguste, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 22 mars 1889, parce qu'il est dans la misère et couvert de poux.

Pas de paludisme, pas de syphilis, pas de tuberculose, pas d'alcoolisme. Fonctions normales.

Depuis deux mois, il est dans une misère complète. Depuis plusieurs années, il couche dans les écuries. Il déclare avoir été toujours brun de peau, mais ne fait remonter qu'à deux ou trois mois sa coloration vraiment noire.

Teinte brune très foncée des téguments, à peu près universelle.

A la face elle est relativement peu prononcée et ne dépasse pas beaucoup le teint hâlé des ouvriers de la campagne. Cependant elle existe aux oreilles, au col, à la nuque, se prolonge sur le haut de la poitrine, prédominant aux aisselles et dans les régions sus et inter-scapulaires. Les parties couvertes sont plus teintées que les parties découvertes.

Les deux seins se décolorent un peu, mais l'aréole ressemble à celle de

(1) Besnier. — *Réunion clinique hebdomadaire des médecins de Saint-Louis. Annales de dermatologie,* 1889, page 569.

la grossesse chez la femme. La teinte brun foncé reparaît au maximum autour de la ceinture, aux organes génitaux, à la face interne des cuisses et des jambes.

Rétraction de l'aponévrose palmaire.

a. Peau. — Taches lisses, quelques-unes sont légèrement saillantes, et paraissent dues à une lésion ancienne. Elles sont toutes disséminées sur le tronc et les membres et ressemblent à des taches d'encre.

b. Muqueuses. — Rien aux conjonctives. Toute la portion molle du voile du palais est comme tatouée. La muqueuse semble infiltrée de grains de poudre. A la face intérieure des joues les taches sont plus larges.

La langue n'est pas pigmentée.

On trouve ces mêmes taches sur le prépuce, dans ses portions cutanées et muqueuses, sous forme de stries linéaires.

c. Ongles. — Lésions diverses d'onychogriphose.

Les striations normales de l'ongle, rendues plus apparentes par cette dernière lésion, présentent, en un grand nombre de points une pigmentation linéaire très remarquable.

Le malade a un peu maigri mais la force musculaire est normale.

Etat général assez bon. Pas de symptômes de cachexie surrénale ou thyroïdienne. Pas de signe de diabète. Pas d'albuminurie.

A son arrivée à l'hôpital le malade était couvert de pediculi vestimentorum. *Mais ses téguments ne présentaient pas la moindre lésion de grattage.*

Deux mois après. — Le malade engraisse. Pas de signes de maladie d'Addison.

Dès la première lecture de cette série d'observations un fait saute aux yeux : dans tous les cas les malades étaient couverts d'un nombre considérable de pediculi, et le début de la mélanodermie a coïncidé avec l'envahissement de leurs vêtements par les parasites. Cette constatation a été faite parfois par les malades eux-mêmes et en particulier par la femme de Martineau et par celle dont l'histoire fait le sujet de la deuxième observation de Pouchet. Dans la plupart de ces cas, le diagnostic de mélanodermie phtiriasique n'est pas

douteux, mais cependant nous nous garderons bien d'accorder la même valeur à toutes nos observations. Dans le cas de Rose Baratte (observation IV), on trouvait des œdèmes assez étendus le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, et à l'autopsie un ulcère de l'estomac et une entérite chronique. Ces deux lésions ont pu amener peu à peu un affaiblissement de plus en plus prononcé qui a forcé la malade à négliger les soins les plus vulgaires de propreté, permettre l'envahissement des habits par les poux et l'hyperchromie consécutive. Mais quoique l'autopsie ait démontré l'intégrité des capsules surrénales, nous ne savons si la cause inconnue qui a déterminé ces graves altérations du tube digestif n'était pas capable, à elle seule, de faire apparaître la mélanodermie.

Dans le cas publié par Greenhow, en 1876, quelques symptômes pouvaient faire croire à une maladie d'Addison : la faiblesse, les vomissements, la rudesse respiratoire ; mais ils sont suffisamment expliqués par l'existence concomitante d'une insuffisance aortique et mitrale. Greenhow, dont la compétence était grande en fait de cachexie surrénale, a d'ailleurs repoussé ce diagnostic en se basant principalement sur l'âge du malade, et l'autopsie lui a donné raison.

Sauf dans trois cas, aucun des sujets dont nous avons raconté l'histoire n'était atteint de maladies graves, aucun, convalescent. La plupart d'entre eux entraient à l'hôpital pour une faiblesse profonde qu'expliquait leur extrême misère, quelques-uns inquiets de leur teinte bronzée. Leurs antécédents sont en général des plus simples. Beaucoup n'ont pas eu d'affections antérieures à celle qui les amène. Notons, en passant, l'existence de douleurs, localisées dans les jambes dans le cas de Portalier, généralisées à tout le

corps dans celui de Martineau et dues probablement au rhumatisme au moins dans le premier, car le malade vivait depuis longtemps dans l'humidité. Le malade de Greenhow était aussi un rhumatisant. On trouve également le rhumatisme, avec la syphilis et l'impaludisme, dans les antécédents du premier malade de Thibierge.

Cependant il nous paraît fort difficile de le mettre parmi les causes prédisposantes. Sa fréquence dans la maladie des vagabonds ne doit être qu'une simple coïncidence, due aux mauvaises conditions hygiéniques du milieu où les malades ont vécu.

Nous croyons plus important de faire remarquer que, trois fois, les malades avaient toujours eu la peau brune (1) et que ces trois cas étaient précisément très marqués et s'accompagnaient de pigmentation de la muqueuse buccale. Il est fort possible qu'un teint hâlé, une peau fortement chargée de pigment normal favorisent le développement de la mélanodermie.

Les professions sont peu variées. Il s'agit, en général, de journaliers, de commissionnaires. La plupart des sujets sont des gens de basse classe, des déclassés ou des vagabonds. Nous n'avons pu trouver dans le XIX^e^ siècle des cas de phtiriase chez des individus haut placés dans la hiérarchie sociale comme en ont rapporté les auteurs anciens (cas de Scylla, etc.).

Sans traiter absolument de fables toutes les anciennes et célèbres observations citées dans tous les recueils, on peut faire remarquer qu'autrefois la phtiriase était considérée comme une punition de Dieu et que l'esprit populaire se

(1) Observations XIII, XIV et XV.

vengeait souvent dans ses légendes des riches et des puissants. du jour. Aucune profession n'a d'influence spéciale ; c'est l'absence de profession qui est la grande cause, et le nom de maladie des vagabonds est des mieux appropriés.

Les malades sont tous des individus réduits à la dernière misère, privés de nourriture ou peu s'en faut (la malade de l'observation IV se nourrissait depuis deux ans de pain et de fromage), vivant dans des garnis infects sans lumière et sans air, quand ils ne couchent pas dans les carrières ou le long des fossés des routes. Il suffit de vivre pendant quelques mois dans ces conditions pour négliger peu à peu les soins de propreté les plus simples. Changer de linge est bien difficile quand on n'a que des lambeaux de chemise. Leuvenhoeck a démontré qu'un couple de poux des vêtements pouvait en un mois avoir dix-huit mille descendants, et, comme nos malades ignorent en général la cause des démangeaisons qui les tourmentent, on s'explique la quantité phénoménale de parasites dont ils sont couverts. Nous nous souvenons d'avoir vu à la consultation de M. le professeur Arnozan, pendant le cours de notre seconde année d'études médicales, un individu ayant jadis occupé une position des plus honorables, qui cachait son pantalon et sa mauvaise chemise sous un pardessus d'extérieur presque propre, dont l'envers était littéralement doublé de pediculi.

La vieillesse est la cause prédisposante la plus importante. Aucune des observations que nous venons de publier ne concerne des enfants ou des jeunes gens. Il s'agit principalement d'individus dont l'âge oscille entre 60 et 80 ans. Il est possible que les modifications que la vieillesse imprime à la peau, la sécheresse, la disparition des glandes sébacées, favorisent la multiplication des poux. La diminution des forces intellectuelles, la perte de l'énergie, sont des

causes beaucoup plus nettes. Il est évident qu'un vieillard misérable, affaibli par les privations et le manque de nourriture, se laissera envahir par la vermine plutôt qu'un individu jeune et énergique, vivant dans une situation analogue.

Le sexe ne paraît pas avoir d'influence notable.

Nous avons rappelé dans notre premier chapitre la description qu'Alibert a donné de l'état cachectique des phtiriasiques invétérés. Dans plusieurs des cas que nous avons publiés, on a observé des œdèmes plus ou moins étendus, des douleurs plus ou moins généralisées, de la diarrhée. Quatre furent suivis de mort. Dans celui de Martineau l'autopsie, du moins telle qu'elle est rapportée, n'a pas dévoilé la cause de la mort; dans celui de Chomel on a trouvé de la pneumonie, dans celui de Pouchet un ulcère de l'estomac, dans celui de Greenhow une maladie de cœur : lésions évidemment concomitantes. On peut noter le plus souvent de l'amaigrissement et une débilitation que de mauvaises conditions hygiéniques, une nourriture insuffisante et l'insomnie causée par le prurit, suffisent parfaitement à expliquer. L'appétit est en général conservé et les malades se rattrapent sur le régime de l'hôpital de leurs misères passées.

La mélanodermie est le plus souvent généralisée. Dans quelques cas, limitée au tronc, elle épargne plus ou moins la tête et les membres, surtout les extrémités. Il est impossible de dire si le plus ou moins d'ancienneté de la phtiriase est la cause de ces différences, car les observations manquent de précision sur le début de l'affection. D'une façon constante les parties découvertes sont moins atteintes que les autres. Rarement épargnées complètement, elles ne sont quelquefois que parsemées de taches brunâtres, mais, dans tous les cas, leur coloration est toujours moins prononcée

que celle du reste du corps ou, tout au moins, va en diminuant de la racine du membre à son extrémité. Ce fait, attribué par Fabre à l'absence de frottements, doit, il nous semble, être mis sur le compte de l'absence des pediculi. En effet, la base du cou, la nuque, les épaules, la ceinture sont les parties les plus colorées. Ce sont aussi celles que les poux attaquent de préférence. C'est dans les plis que la chemise fait autour du col, qu'on les rencontre en plus grand nombre, ainsi qu'à la ceinture où ils s'accumulent, au-dessus des liens qui appliquent les vêtements contre la taille, et on ne les trouve jamais ni sur les mains, ni sur la face.

La pigmentation de l'aréole mammaire, du scrotum et du pénis, est quelquefois plus prononcée que partout ailleurs. Ce fait nous paraît tenir à la pigmentation très marquée de ces régions, à l'état normal, et confirme ce que nous avons dit plus haut de l'influence prédisposante de la coloration brune de la peau sur la mélanodermie.

Les plis articulaires ne sont ni plus ni moins colorés que le reste du membre, mais on a observé souvent une prédominence de pigmentation à la partie postérieure de la cuisse, et à la partie interne des cuisses et des jambes. Il n'y a pas de différence, en général, au point de vue de la teinte entre la face postérieure et la face antérieure des bras, de sorte qu'il est impossible de savoir si la flexion et l'extension ont une influence quelconque.

Les malades ont le plus souvent des poux depuis plusieurs mois quand ils s'aperçoivent que leurs téguments brunissent. Nous n'avons pu trouver une seule observation concernant un individu infecté depuis quelques jours seulement. L'ancienneté de la phtiriase semble être une condition indispensable à la production d'une mélanodermie étendue. Il en est peut-être de même du grand nombre des parasites. Les malades

toujours peu soigneux de leur personne s'aperçoivent rarement du mode de début, mais quelques-uns racontent que la base du cou ou les régions voisines ont commencé à se bistrer les premières et ce sont là précisément les parties qui sont attaquées par le plus grand nombre de poux.

Nous ne savons si la pigmentation envahit simultanément toute la surface des téguments qu'elle doit couvrir, ou si elle débute par des taches ou des plaques plus ou moins espacées dont les bords s'élargissant peu à peu finissent par se confondre. Les deux opinions peuvent se soutenir. Dans quelques cas, en effet, la coloration de la peau a paru en premier lieu uniformément jaunâtre, puis quelque temps après plus ou moins bronzée : il semble donc qu'elle se soit peu à peu assombrie. Mais le plus souvent la surface cutanée est parsemée de taches tantôt isolées et séparées par des intervalles de peau saine, tantôt disposées sur un fond lui-même coloré. Greenhow qui les a examinées à la loupe rapporte dans sa première observation qu'elles lui paraissaient formées d'un assemblage de taches plus petites. Ceci permettrait de supposer que la mélanodermie débute par de petites plaques isolées ou tout au moins qu'elle évolue en plusieurs temps et par couches successives.

Quoi qu'il en soit, c'est à la période d'état que les malades entrent à l'hôpital. Leur aspect est variable. La peau de la tête, de la partie supérieure du cou, des mains et des pieds, quelquefois lisse et blanche, d'autrefois sèche et jaunâtre, le plus souvent bistrée, est toujours, quand elle est colorée, moins foncée que celle des parties couvertes. Quelquefois les téguments sont pigmentés en totalité ; dans ce cas, la teinte se dégrade en allant des parties couvertes vers les parties découvertes et les extrémités. On observe parfois des plaques mélanodermiques circonscrites au milieu d'espaces de peau

saine, et quelquefois des taches blanchâtres au milieu de l'épiderme uniformément bronzé, produites par des espaces de peau saine. La coloration est rarement uniforme, l'on voit le plus souvent des plaques ou des taches foncées sur un fond moins teinté. Les limites de la pigmentation ne sont jamais nettement tranchées.

La couleur varie du jaune pâle au teint mulâtre, au brun, au sépia et même au noir d'encre. Le terme de couleur bronzée est fréquemment employé par les observateurs.

Au milieu de la pigmentation, la peau n'est pas soulevée. Dans le cas de Besnier seulement quelques-unes des taches disséminées sur le corps du malade paraissaient un peu saillantes et tenaient, d'après l'auteur, à une lésion ancienne. Il en était de même dans une observation de Duvergie, de mélanodermie probablement phtiriasique que nous n'avons pas reproduite parce que le malade avait en même temps des lésions syphilitiques en évolution.

La peau est rarement lisse. Le plus souvent elle est rugueuse au toucher. La transpiration paraît diminuée. L'ensemble des téguments est quelquefois épaissi, racorni ; Alibert comparait la peau de son malade à celle d'un quadrupède desséchée au soleil, et Martineau à celle d'un serpent.

On observe le plus souvent de la desquamation. Elle est quelquefois spontanée et couvre l'épiderme d'un enduit pulvérulent ; d'autrefois elle n'apparaît que sous le grattage. Elle est le plus souvent très fine, furfuracée. Dans une seule observation, elle ressemblait aux écailles du psoriasis.

Presque toujours il y a coexistence de prurit et l'on observe des lésions de grattage anciennes et récentes. La pression ne modifie pas la pigmentation. D'après Fabre, le grattage la fait pâlir en enlevant des cellules colorées.

Dans quelques cas les muqueuses sont pigmentées. Nous

trouvons déjà ce fait signalé dans la deuxième observation de Pouchet. Sa malade présentait une teinte bleuâtre du voile du palais. Dans le deuxième cas de Greenhow, on observait quelques lignes noirâtres sur les lèvres et une teinte brune sur la muqueuse buccale. Mais il n'y a guère que les trois cas publiés par MM. Thibierge et Besnier qui soient très nettement concluants à ce point de vue. Quoique la conjonctive ait été trouvée un peu foncée par Greenhow, nous n'avons pu rencontrer de cas où la muqueuse oculaire fut intéressée.

La langue n'a jamais paru pigmentée. La pigmentation de la bouche s'est présentée sous trois formes nettement différentes : tantôt en placards à bords mal délimités (1), tantôt sous forme de coloration diffuse quelquefois réticulée (2), tantôt sous forme de taches arrondies à bords très nets (3), ressemblant même, dans le cas de M. Besnier, à une incrustation de grains de poudre, le plus souvent d'une coloration brune plus ou moins pâle.

Sur le gland et la muqueuse du prépuce, on a observé des taches très nettes, arrondies, plus petites que celles de la bouche, et des stries linéaires.

Deux fois la dentition des malades était très mauvaise. Mais ce n'est pas là une cause de pigmentation. M. Thibierge, après s'être livré à un grand nombre de recherches comparatives, ne l'a pas rencontrée chez d'autres sujets quel que fut l'état de leurs dents.

Une seule fois la pigmentation s'est étendue jusqu'aux ongles et s'est présentée, dans ce cas, sous forme de stries linéaires.

---

(1) Observations XIV et XIII.
(2) Observation XIV.
(3) Observation XV.

La mélanodermie s'accentue tant que le malade n'est pas débarrassé des parasites. Dès qu'il a pris quelques bains et changé de vêtements, elle commence à diminuer d'intensité. Il est probable qu'elle finit par disparaître complètement, mais d'une façon très lente et très graduelle. Dans aucun cas les malades n'ont été suivis assez longtemps pour que l'on puisse savoir si les téguments reprennent entièrement leur coloration normale.

Anatomie pathologique.

Elle se réduit à très peu de choses. D'après Fabre, les cellules superficielles de l'épiderme seraient pigmentées, tout comme les cellules profondes. Dans aucun des cas que nous avons publiés, l'examen histologique n'a été fait. Greenhow a examiné le sang d'une de ses malades et l'a trouvé normal.

Deux fois, dans le cas de Chomel et dans celui de Pouchet, tous deux suivis de mort, un fragment de peau a été soumis à la macération et la pigmentation a paru localisée dans l'épiderme. Nous ne possédons aucun renseignement sur la constitution chimique de ce pigment.

DIAGNOSTIC

Le symptôme mélanodermie est loin d'être spécial à la phtiriase. C'est la maladie d'Addison qui prête le plus à la confusion et d'autant plus facilement que la maladie des vagabonds s'accompagne fréquemment de faiblesse et de débilitation.

Il y a quelques années, on basait principalement ce

diagnostic sur l'absence de pigmentation des muqueuses dans la phtiriase. Malheureusement, des observations plus récentes sont venues démontrer que la mélanodermie phtiriasique pouvaient être entièrement généralisée.

La notion étiologique doit, à ce qu'il nous semble, avoir une importance capitale, et la présence des poux, en quantité considérable sur les vêtements du malade, doit faire, quand les symptômes concomitants le permettent, porter le diagnostic de maladie des vagabonds.

Bien que l'on ait décrit des rémissions dans la maladie d'Addison, elles sont très rares, et la diminution de la pigmentation sous l'influence de quelques soins de propreté est une forte présomption en faveur de la mélanodermie phtiriasique.

Il est rare que des malades couverts de poux n'éprouvent pas de démangeaisons et l'on trouve le plus souvent chez eux des lésions de grattage plus ou moins prononcées qui ne se rencontrent pas chez les Addisoniens dont la pigmentation est indolente.

Cette dernière est de plus toujours lisse et les taches ne desquament pas. Les plaques bronzées de la phtiriase sont rarement unies. Elles sont recouvertes en général d'une desquamation fine et l'épiderme, à leur niveau, est desséché, épais et rugueux.

L'état des fonctions digestives est très différent dans les deux maladies.

La cachexie surrénale s'accompagne d'inappétence, de diarrhée, de vomissements, de douleurs lombaires qui précèdent la mélanodermie, signe souvent tardif de la maladie. Au contraire dans la mélanodermie phtiriasique l'appétit renaît et l'état général s'améliore sous l'influence d'une nourriture meilleure.

Il faut également tenir compte de la localisation de la pigmentation, de sa prédominance dans les régions où les parasites s'accumulent, de son absence ou de sa diminution sur les parties découvertes. Nous rappellerons en dernier lieu que les statistiques de Greenhow ont établi que la maladie d'Addison est une affection de l'âge adulte, la mélanodermie phtiriasique ne se rencontre au contraire que chez les gens âgés.

Les commémoratifs suffisent pour établir le diagnostic dans les cas de pigmentation par absorption de sels métalliques. La coexistence de la seconde affection permet d'éliminer facilement les mélanodermies plus ou moins étendues, observées dans la sclérodermie, la pellagre, l'albuminurie, la paralysie générale.

Il nous suffira de mentionner les cas de mélanodermies congénitales ou émotives que leur origine seule permet de différencier.

La syphilis ne donne jamais lieu à une mélanodermie généralisée, mais à des taches plus ou moins confluentes, localisées à la base du cou, d'une couleur claire et entourées d'une zone décolorée.

Dans la mélanose sous-cutanée, on observe des taches noires, dispersées çà et là sur les téguments, mais au niveau de chacune d'elles, la pression dévoile l'existence de nodosités sous-dermiques.

La mélanémie et la cachexie paludéenne sont faciles à distinguer. L'habitus extérieur rappelle celui de la mélanodermie phtiriasique dans les cas où elle est uniforme. Mais quand les antécédents ne sont pas nets, l'ensemble des symptômes généraux et la présence du pigment dans le sang permettront de poser le diagnostic.

La mélanodermie des tuberculeux se limite plus spécialement au visage. La pigmentation, le plus souvent symétrique débute en général par le nez d'où elle s'étend sur les deux joues. Elle paraît coïncider avec la tuberculose intestinale et s'accompagne par conséquent de diarrhée chronique.

En 1882, MM. Hanot et Chauffard ont décrit une cirrhose qui, chez les diabétiques, s'accompagne de mélanodermie. Mais la présence de modifications du côté du foie, de la nutrition et des urines, ne permet pas de la confondre avec la phtiriase.

L'acanthosis nigricans de MM. Politzer et Janovsky est caractérisé, en sus de la pigmentation, par un état verruqueux de la peau, tout particulier, et l'existence d'un cancer de l'estomac ou de troubles gastriques prononcés.

TROISIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE

Nous avons dit dans notre étude historique que Fabre, de Commentry, le premier en France, avait attribué à la phtiriase certains cas de coloration anormale de la peau. Mais avant lui, de 1860 à 1870, quand beaucoup d'observateurs s'occupaient de la maladie d'Addison, bon nombre refusant d'en reconnaître l'existence, publiaient à l'appui de leur opinion des cas de mélanodermie d'origines diverses dont quelques-uns nettement phtiriasiques. C'est dans leurs ouvrages que l'on trouve les premiers essais d'une pathogénie de la mélanodermie pédiculaire.

Dès janvier 1850, Hecht, agrégé de Strasbourg (1), regardait tous les cas de coloration bronzée de la peau comme le résultat d'une cachexie profonde.

En 1861, Boucher de la Ville-Jossy (2) fit à la Société médicale des hôpitaux de Paris une communication, sur deux cas

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1858.
(2) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris.*

de pigmentation exagérée des téguments dont la cause était également pour lui la misère et l'état cachectique des sujets.

M. Pouchet (de Rouen) en 1864 (1) étudie les différentes variétés de pigmentation. A côté de la maladie d'Addison il décrit une affection qu'il désigne sous le nom de peau bronzée, semblable comme aspect à la première, en différant par son siège d'élection sur les parties couvertes, son peu de gravité au point de vue du pronostic, et la diminution de la sécrétion sudorale qu'elle détermine.

L'auteur faisait de cette affection un vice de nutrition de l'épithélium de Malpighi, dans tous les cas causés par la misère et l'alimentation insuffisante.

En 1865, Monneret (2) ne considère pas la maladie d'Addison comme une entité morbide définie et soutient que l'hyperpigmentation se rencontre dans toutes les maladies qui portent une atteinte profonde à la nutrition générale.

C'était aussi l'avis de Béhier dans ses leçons cliniques professées à la Charité (3), dont le docteur Landois dans sa thèse (4), reproduit les traits principaux. Il conclut des diverses observations qu'il publie, que tous les états cachectiques sans exception peuvent s'accompagner de mélanodermie et qu'ils en sont la cause incontestable.

Gillet, en 1869 (5), frappé de la faiblesse d'un sujet, qu'il avait observé, publie six observations, dont nous avons reproduit les deux premières. Il soutient la même théorie et se base pour la démontrer sur la marche parallèle de la pigmentation et de l'altération nutritive, et sur ce fait que la

---

(1) Pouchet. — Thèse de doctorat, Paris, 1864. *Des colorations de l'épiderme.*
(2) *Traité de Pathologie interne.*
(3) *Union médicale*, 1872.
(4) Paris, 1866. *Sous les colorations bronzées de la peau dans les maladies.*
(5) *Loco citato.*

mélanodermie est d'autant plus foncée que la débilité est plus grande.

Nous ne mentionnons cette théorie qu'au point de vue historique : elle a été en 1872, très bien réfutée par Fabre (1). Il a démontré qu'il n'y avait entre la mélanodermie et l'état plus ou moins cachectique, qui l'accompagne quelquefois, qu'un simple rapport de coïncidence et non de cause à effet. En effet elle apparaît dans la phtiriase quand l'état général est encore bon. Quand au contraire elle est sous la dépendance d'une cachexie, elle ne survient qu'à la fin, lorsque le traitement tonique est impuissant. Il a publié deux cas de mélanodermie survenue chez des sujets qui n'étaient pas débilités et qui n'avaient que de la phtiriase comme symptôme concomitant. Enfin il a réfuté Gillet et Boucher de la Ville-Jossy en montrant que leurs observations n'étaient pas concluantes, car si l'état général de leurs malades était mauvais, ils étaient aussi couverts de poux. Nous pouvons en passant faire remarquer que la même objection peut s'opposer aux arguments de Pouchet, car sur les sept cas qu'il publie, deux sont décrits en quatre ou cinq lignes et manquent de précision, deux autres s'accompagnent de phtiriase, le cinquième de tuberculose et les deux derniers de douleurs lombaires, d'une adynamie très prononcée et de troubles digestifs, de telle sorte que le diagnostic de maladie d'Addison devient bien difficile à éliminer.

Les dermatologistes contemporains n'admettent la débilitation qu'au nombre des prédispositions, mais ils accordent à la phtiriase le rôle de cause déterminante. Cependant au point de vue pathogénique ils ne laissent au parasite qu'un

---

(1) *Loco citato.*

rôle tout à fait secondaire et attribuent la mélanodermie aux lésions de grattage dont les malades se couvrent.

Pour Fabre, les démangeaisons causées par les poux, le frottement des ongles augmentent la prolifération des cellules profondes de l'épiderme par excitation nerveuse périphérique. Le grattage hâte la chute des cellules superficielles de telle sorte que les cellules moyennes sont encore pigmentées quand elles forment la couche cornée.

Pour Greenhow, le contact des vêtements sales et l'irritation produite par les poux est la cause de la mélanodermie. Il ne spécifie pas la nature de cette irritation.

Dühring (1) se contente de mentionner l'influence de l'état général, et attribue la pigmentation à un grattage trop prolongé.

Hébra (2) a soutenu la même théorie. D'après lui, la pigmentation de la phtiriase ne diffère pas au point de vue pathogénique de celle qu'on observe dans les maladies de la peau qui s'accompagnent de démangeaisons et de grattage. Le grattage fréquent, après avoir déterminé une hyperhémie considérable des parties atteintes, déchire les petits vaisseaux du corps papillaire, et occasionne des extravasations sanguines. Le sang épanché sous l'épiderme se transformerait peu à peu en pigment.

Parmi les auteurs plus récents, Kaposi (3) décrit bien les pigmentations phtiriasiques, mais n'en donne pas d'explication ; il n'y a fait aucune allusion dans sa communication au Congrès de Berlin de 1890 sur la « Pathogénie des pigmentations ».

---

(1) *Traité des maladies de la peau.*
(2) *Ibid.*
(3) *Traité des maladies de la peau.*

M. Besnier (1) prétend que la mélanodermie à un degré quelconque, appartient à tous les cas de prurit chronique et particulièrement de prurit parasitaire, et qu'elle atteint ses plus grandes proportions chez les sujets cachectiques.

« Dans les phtiriases anciennes et invétérées, qui s'observent surtout chez les vieillards et les cachectiques, dit M. Brocq (2), la peau sous l'influence de traumatismes incessants subit un processus d'inflammation et d'induration chronique, qui la transforme peu à peu. Elle devient dure, un peu épaisse, se pigmente, prend successivement des teintes café au lait clair, brun, brun foncé, presque noirâtre, aux lieux d'élections; de telle sorte, que le malade arrive à avoir une véritable mélanodermie.

Pour M. Thibierge (3), le sang est altéré dans sa constitution chimique par le mauvais état de la nutrition générale et par le voisinage des lésious de grattage; de sa matière colorante se transformé en pigment.

En résumé, pour les auteurs contemporains, la mélanodermie phtiriasique est causée par un traumatisme répété de la peau qui amène soit des lésions nerveuses et consécutivement une prolifération plus grande de la couche profonde de l'épiderme (Fabre), soit une hyperhémie locale, puis une transformation pigmentaire de la matière colorante du sang.

Chez tous les malades dont nous publions l'histoire, il y a trois facteurs à considérer au point de vue pathogénique : 1° l'état général; 2° l'état local; 3° le parasite. Tous les auteurs que nous venons de citer accordent une importance

(1) *Annotation de l'ouvrage de Kaposi.*
(2) *Traitement des maladies de la peau.*
(3) *Loco citato.*

capitale aux deux premiers facteurs, aucun d'eux ne pense au dernier, qui doit bien cependant avoir quelque importance, puisque sa présence est constante dans les antécédents du malade.

Or, l'hypothèse qui attribue la mélanodermie au grattage :

1° *N'est pas prouvée par l'expérience clinique ;*
2° *N'explique pas tous les faits qu'elle devait expliquer.*

1° L'expérience ne prouve pas cette théorie

Si un grattage énergique fréquent, chronique, pour ainsi dire, suffit pour déterminer la mélanodermie, on doit la rencontrer dans certain nombre de cas de prurit ancien non pédiculaire. L'observation clinique peut donner du fait une démonstration aussi précise qu'une expérience de laboratoire : car l'on peut facilement trouver des malades réunissant toutes les conditions désirables au point de vue pathogénique : misère, débilité, cachexie même, mais atteints de maladies prurigineuses autre que la phtiriase. Mais si dans des cas semblables on observe souvent une *pigmentation* plus ou moins étendue, suivant la généralisation des démangeaisons, on n'observe pas de *mélanodermie*.

La gale, dans l'immense majorité des cas, est une maladie tellement prurigineuse, qu'Hébra prétend que l'on ne peut se faire une idée des souffrances endurées par les malades si on ne les a soi-même ressenties. Elle donne lieu à des éruptions consécutives absolument analogues à celles de la phtiriase, la plupart, dans les deux cas, causées par le grattage.

On observe chez les galeux, comme chez les phtiriasiques, des papules de prurigo excoriées, des pustules quelquefois ecthymateuses, des excoriations, des furoncles, des eczémas, des lymphangites et des abcès. Ajoutons que dans certains cas de gale ancienne et invétérée on a vu survenir un état cachectique, caractérisé par la pâleur de la face, l'émaciation du corps et de l'affaiblissement musculaire. Les conditions les plus favorables sont donc réunies pour que le malade devienne mélanodermique. Mais l'on observe et seulement dans des cas rares, une hyperchromie plus ou moins diffuse aux sièges d'élection des sillons acariens. Cette pigmentation est analogue à celle que le moindre traumatisme provoque chez certains sujets prédisposés, à celle que l'on observe autour des plaques de lichen simplex, elle n'apparaît jamais sous forme de taches confluentes, elle ne se généralise pas à toute la surface tégumentaire, elle ne présente jamais la couleur bronzée, quelquefois noir d'encre, de la mélanodermie phtiriasique. On peut objecter que cette dernière ne se rencontre que chez des individus présentant une prédisposition toute spéciale et de nature inconnue. Mais la gale est peut-être plus fréquente que la phtiriase du corps. Certaines populations en sont, paraît-il, en grande partie atteintes, et elle a dû certainement, depuis qu'on l'observe, frapper toutes les variétés possibles d'individus ; de plus, si les sarcoptes habitent de préférence certaines régions, il n'en est pas de même dans les cas anciens. D'ailleurs un malade qui n'a qu'un petit nombre de sillons se gratte en général partout.

Nous ne passerons pas en revue les affections prurigineuses, généralement locales, tels que le lichen plan, certaines variétés d'eczémas, le lichen simplex ; elles donnent lieu à des pigmentations peu étendues qui n'ont rien de commun

avec la mélanodermie. Il est plus intéressant de rechercher des cas, analogues à ceux que nous avons rassemblés dans les cas de prurit généralisés.

Nous n'avons pu en trouver que deux, les observations publiées par Boucher de la Ville-Jossy en 1861. Il attribuait la mélanodermie au mauvais état général des malades et se demandait s'il ne s'agissait pas de deux cas de lichen généralisé. Fabre a démontré que ce diagnostic n'était pas admissible car les lésions de grattage guérirent très peu de jours après l'entrée du malade à l'hôpital, et la phtiriase devait être probablement incriminée, vu l'état de misère et de saleté des sujets.

Quelle affection serait plus favorable au développement d'une mélanodermie intense que le prurigo de Hébra ? Il détermine des démangeaisons atroces que le malade ne peut calmer qu'en se grattant jusqu'à excoriation. C'est, il est vrai, une maladie de jeunesse, mais elle dure parfois toute la vie, et ne s'accompagne jamais de coloration bronzée de la peau.

Le prurigo sénile dure aussi fort longtemps, on n'a pas cependant publié de cas accompagnés de mélanodermie. M. le professeur agrégé W. Dubreuilh nous a affirmé n'en pas connaître d'observations. C'est d'ailleurs une affection fort mal définie, dont l'existence est niée par beaucoup d'auteurs. Dans beaucoup de cas le malade est un brightique, et souvent même un phtiriasique. L'affection est liée souvent au rein sénile ou à une maladie de l'estomac.

L'urticaire, et même l'affection décrite sous le nom d'urticaire pigmentée, ne s'accompagne pas de mélanodermie; quoique les malades se grattent beaucoup et que la maladie dure quelquefois trés longtemps.

2° La théorie par grattage n'explique pas tous les faits cliniques.

Nous avons déjà insisté sur l'observation de Greenhow et sur celle de Pouchet. L'on avait noté dans toutes les deux une certaine pigmentation de la muqueuse buccale. Dans les deux observations de M. Thibierge (n° XIII et XIV), dans celle de M. Benier (n° XV), elle était beaucoup plus nette.

Dans la première, elle avait envahi les muqueuses de la bouche et celle du gland sous forme de taches brunes plus ou moins régulières dont la coloration était identique à celle des téguments. Bien plus, dans la troisième, les ongles aussi étaient pigmenté ; enfin, l'état de ces trois malades étaient satisfaisant. Aucun d'eux n'était cachectique.

Il est absolument impossible d'expliquer ces faits par la théorie du grattage, les malades ne se grattent jamais ni les muqueuses, ni le lit des ongles. M. Thibierge a essayé de tourner la difficulté : « On comprend, dit-il, dans une note, que le pigment une fois produit, ne soit pas nécessairement fixé autour du point où il se forme, qu'il puisse au contraire être mobilisé et transporté par la circulation en des points très divers et en particulier dans les vaisseaux de la muqueuse buccale. » C'est là une hypothèse peu admissible, les choses ne se passent pas comme dans la mélanose. Greenhow n'a pas trouvé de pigment dans le sang de ses malades, et il est probable qu'il se dépose dans les cellules de l'épiderme. Cette partie de la peau n'est pas vascularisée et les dépôts qui s'y forment sont difficilement résorbables. La matière colorante, dans les tatouages, est déposée dans la couche profonde du réseau de Malpighi et tout le monde sait

qu'elle ne disparaît pas spontanément. D'ailleurs en admettant que le pigment soit repris par la circulation, on ne comprend guère pourquoi il se disposerait sur les muqueuses sous forme de taches délimitées, il y aurait probablement au contraire une pigmentation diffuse plus ou moins uniforme. Une dernière remarque, qui nous paraît décisive. Il y a des phitiriasiques qui ne se grattent pas. L'absence de démangeaisons a été observée dans les maladies cutanées parasitaires les plus prurigineuses, la gale, la phtiriase du pubis. Il en est de même pour la phtiriase du corps et précisément le malade de M. Besnier qui, entre tous a présenté la mélanodermie la plus généralisée, ne se grattait pas.

Ainsi donc l'expérience clinique nous montre que les *phénomènes mécaniqués du grattage peuvent bien provoquer de la pigmentation mais non une mélanodermie généralisée.*

Celle-ci ne s'observe jamais dans d'autres maladies prurigineuses que la phtiriase, et on la rencontre chez des phtiriasiques qui ne présentent pas la moindre lésion de grattage.

Il faut donc nous arrêter à une autre théorie.

Quand un phénomène est précédé de plusieurs autres, celui qui le précède d'une façon constante en est généralement considéré comme la cause, et cette probabilité se change en certitude quand la disparition du premier amène celle du second. Parmi tous les antécédents des malades dont nous avons rapporté l'histoire, un seul précède, dans tous les cas, l'apparition de la mélanodermie : c'est la présence, depuis un certain temps, de pediculi dans leurs vêtements, et l'affection commence à diminuer dès que les poux ont disparu. Ils en sont donc la cause directe. Par quel processus ? De deux façons seulement, puisque la théorie mécanique n'est pas admissible : ou bien en provoquant un état particulier d'anémie par insomnie et perte de sang, ou bien par intoxi-

cation en injectant par leurs piqûres des substances nuisibles dans les téguments comme le font beaucoup de parasites. Mais nous savons qu'une cachexie, même prononcée, ne peut pas à elle seule déterminer la mélanodermie. Nous adopterons donc la seconde hypothèse.

Un certain nombre de parasites, vivant du sang de l'homme, inoculent dans la peau des salives plus ou moins toxiques. La punaise des lits, d'après Blanchard, évacue dans la plaie qu'elle fait une salive irritante pour provoquer un afflux de sang plus considérable. Moquin Tendon, pour expliquer les vésicules spéciales de la gale, pensait que le sarcopte, dont l'organisation se rapproche de celle des arachnides, était pourvu d'un appareil contenant un liquide venimeux dont la pénétration dans la peau provoque des éruptions et des démangeaisons. Hardy, après avoir broyé quelques acares, s'inocula sur le dos de la main la substance ainsi obtenue et ressentit au niveau des points inoculés des démangeaisons très vives analogues à celles de la gale. Le morpion, dont la constitution anatomique se rapproche de celle du pediculus vestimenti, inocule également une salive septique.

Il est vraisemblable que le poux du corps procède de même ; à l'endroit qu'il vient de piquer, on observe un petit point hémorrhagique sur une élevure plus ou moins marquée, quelquefois sur une large plaque d'urticaire. Et le malade, à ce niveau, sent une démangeaison très vive qu'il ne peut calmer que par un grattage poussé jusqu'à l'excoriation. Ces phénomènes sont évidemment hors de proportion avec la finesse de la piqûre. L'ixode est muni d'un appareil buccal bien plus volumineux, son rostre est très puissant, et cependant sa piqûre ne détermine pas la moindre démangeaison.

Certaines intoxications sont capables de déterminer de la mélanodermie.

MM. Pollitzer et Janovsky ont décrit en 1890 une affection de la peau dont M. Darier rassembla deux observations peu de temps après, et M. Hallopeau une cinquième au mois de juillet dernier. Ils lui donnèrent le nom d'acanthosis nigricans. Cette maladie est caractérisée par une exagération des plis naturels de la peau, de nombreuses excroissances verruqueuses et une pigmentation diffuse plus ou moins accusée. Dans les cas qui ont été suivis d'autopsie, elle coïncidait avec un cancer de l'estomac et dans les autres avec des troubles gastriques anciens et très prononcés.

D'après M. N. Guéneau de Mussy, la mélanodermie des tuberculeux coïncide avec la tuberculose intestinale.

Voici donc des mélanodermies dont la cause est très probablement une auto-intoxication. Nous rapprocherons de ces faits le cas d'un de nos camarades, externe de nos hôpitaux, qui voit apparaître sur ses mains, chaque fois qu'il fait une autopsie, des taches brunâtres de la largeur d'une lentille qui durent deux ou trois jours, puis disparaissent.

Il s'agit là probablement d'une intoxication localisée, par application externe de substances nuisibles.

Enfin, l'on sait qu'une espèce de pédiculus, le phtirius inguinalis, produit chez certains sujets des taches pigmentaires plus ou moins étendues que l'on désigne sous le nom de taches bleues phtiriasiques. Elles s'observent sur toute l'étendue du corps mais particulièrement sur l'abdomen, le tronc, la face postérieure des bras, les aisselles, les membres inférieurs; elles sont bleuâtres et ombrées et figurent, quand elles sont nombreuses, une véritable roséole maculeuse. On ne les observe pas seulement dans les régions habitées par les parasites mais sur tous les points où ils peuvent émigrer et sur les régions glabres de préférence. Ces taches n'existent pas sur tous les sujets, mais le morpion existe sur tous

ceux qui ont des taches. On les trouve particulièrement chez les individus velus, qui ont des poux. Leur développement semble favorisé par la coexistence d'un état fébrile. Elles disparaissent rapidement après le pou lui-même.

Elles étaient considérées naguère comme analogues aux taches rosées de la fièvre typhoïde et attribuées à certains états fébriles. Vers 1868, Falot, professeur à l'école de Toulon, après lui ses élèves, leur attribuèrent, les premiers, leur étiologie réelle.

Aucune publicité ne fut donnée à cette découverte quand, en 1878, Gestin (de Brest), puis Monrsou, médecin principal de la marine, publièrent des observations nouvelles. Moursou d'abord, puis Duguet, mirent hors de doute la nature phtiriasique des taches bleues. Les conclusions de ce dernier résument tous ces différents travaux.

1° Les taches bleues se rencontrent dans un grand nombre de maladies disparates ainsi que chez l'homme sain. Elles n'ont aucun lien les rattachant directement à certaines maladies ou à certaines diathèses;

2° Elles tiennent uniquement à la présence, à l'action, au passage du phtirius inguinalis;

3° Elles n'ont plus aucune signification au point de vue du diagnostic, non plus qu'à celui du pronostic;

Les taches examinées par Duguet sur des coupes microscopiques ne lui présentèrent rien de spécial. Il eut alors la pensée que le phtirius devait introduire dans le derme une sorte de venin qui, séparé et inoculé, reproduirait probablement les taches ombrées. Pour vérifier son hypothèse, il recueillit des morpions, les broya, en fit une pâtée qu'il chargea sur une lancette à vaccin et fit une série d'inoculations. Au niveau de chacune d'elles se développa au bout de vingt-quatre heures une véritable tache bleue qui disparut

après quelques jours, sans jamais passer par les nuances successives de l'ecchymose. Restait à déterminer la partie de l'insecte qui produisait le venin. Duguet et Mallet, son élève, ont montré qu'il résidait dans la partie moyenne de l'animal. Un phtirius divisé en trois parties ne peut donner naissance à une tache bleue que par l'inoculation de son tiers moyen; la région antérieure, ainsi que la postérieure, ne déterminent qu'une papule noirâtre sans coloration spéciale à son pourtour. Or la région moyenne renferme des glandules salivaires qui sont reliées à la bouche par de petits canalicules excréteurs. C'est donc selon toute probabilité la salive du morpion qui est la cause des taches bleues.

On ne peut faire que des hypothèses sur son mode d'action. Les recherches anatomo-pathologiques n'ont rien révélé. D'après Duguet, le phtirius produirait un trouble circulatoire passager par l'introduction dans le derme d'un venin stupéfiant pour les vaisseaux capillaires.

Voici donc une pigmentation produite par la piqûre d'un insecte très voisin du pediculus vestimenti. On n'a pas publié d'observations de mélanodermie généralisée causée par les morpions, mais l'on peut faire remarquer que les parasites dans la phtiriase inguinale sont toujours beaucoup moins nombreux que dans celle du corps, et l'on ne sait pas ce qui arriverait si le phtirius inguinalis couvrait en grand nombre et pendant plusieurs mois la surface tégumentaire. M. Besnier, en 1890, a montré, à la réunion hebdomadaire des médecins de Saint-Louis, un malade qui présentait une telle quantité de taches qu'il semblait atteint d'une roséole maculeuse généralisée.

Nous avons essayé de refaire avec les poux du corps les expériences que Duguet avait faites avec les morpions. Pour nous placer dans les conditions les plus favorables, il nous

eût fallu trouver des malades âgés, débilités et bruns de peau. Nous avons dû nous contenter de la dernière des conditions. La technique suivie a été la même que celle de Duguet. Ayant pu, non sans peine, nous procurer une soixantaine de parasites, nous les avons broyés dans un verre de montre avec de la glycérine, en quantité juste suffisante pour faire une pâte épaisse, que nous avons chargée sur une lancette à vaccin et inoculée à huit sujets de l'hôpital Saint-Jean.

Nous avons, auparavant, tenté l'expérience sur nous-mêmes et pratiqué deux piqûres sur la face antérieure de notre poignet gauche. Trois minutes après, l'épiderme, au niveau du poignet inoculé, prit un aspect brillant et quadrillé et quelques instants après s'éleva une petite papule accompagnée d'un prurit léger, elle ne tarda pas à prendre une couleur rouge brunâtre et à s'entourer d'une très petite auréole de même nuance, disparaissant complètement à la pression. Trois jours après il n'en restait plus trace et il n'y eût pas de pigmentation persistante.

Voici les résultats obtenus sur les malades :

Expérience I

N° 3 de la salle des hommes. — Hôpital St-Jean, service de M. le professeur agrégé W. Dubreuilh. Le malade, âgé de 24 ans, est entré pour la syphilis. Teint brun assez prononcé. A 10 heures 1/2 du matin, deux piqûres sur l'avant-bras gauche, l'une près du coude, l'autre près de l'articulation du poignet où la pigmentation de la peau était plus accusée. Deux piqûres témoins sont faites avec une lancette propre. A 4 heures du soir la piqûre inférieure n'a rien donné, on ne voit qu'un très petit point rouge à l'endroit où a pénétré la lancette. L'autre piqûre a donné naissance à une papule rouge entourée d'une auréole brunâtre, d'un centimètre de diamètre environ, recouverte d'un épiderme d'aspect quadrillé et brillant, disparaissant à la pression. Les piqûres témoins n'ont rien donné. — Le lendemain

sur les unes et les autres on n'observait qu'une petite croûte. Tout avait disparu.

Expérience II

N° 5 de la même salle. — Entré à l'hôpital pour blennoragie. 19 ans, peau fine, moins brune que chez le sujet précédent. Deux piqûres dans la même région accompagnées de deux piqûres témoins. Le soir : aucun résultat.

Expérience III

N° 3 de la même salle. — Entré à l'hôpital pour blennorhagie. Très bien de peau. Quatre piqûres, deux sur l'avant-bras droit, deux sur la région pectorale du même côté, accompagnées d'un nombre égal de piqûres témoins. Le soir à 4 heures, la piqûre la plus rapprochée de l'aisselle a seule donné naissance à une papule entourée d'une petite auréole de trois millimètres de diamètre ; les deux présentaient les caractères décrits plus haut. Les autres piqûres rien.

Le lendemain plus rien.

Expérience IV

N° 10 de la même salle. — Entré à l'hôpital pour chancres mous et bubon, âgé de 52 ans. Deux piqûres sur l'avant-bras gauche, trois sur la région pectorale du même côté. Piqûres témoins en égal nombre. Le soir, une seule des piqûres septique a donné lieu à une plaque d'urticaire grande comme une pièce de cinquante centimes, sans auréole circonvoisine. Les autres rien. Le lendemain plus rien.

Expérience V

N° 13 de la même salle. — Entré à l'hôpital pour chancres mous, âgé de 23 ans. Deux piqûres accompagnées de deux piqûres témoins sur l'avant-bras droit. Le soir rien.

Expérience VI

N° 16 de la même salle. — Peau fine, un peu brune. 27 ans. Deux piqûres près du pli du coude, à droite : deux piqûres témoins au dessous. A quatre heures l'une des piqûres septiques, la plus haute, a donné une papule rouge vif. Le lendemain plus rien.

Expérience VII

N° 18 de la même salle. — 32 ans. Très brun. Peau d'un brun-jaunâtre très marqué sur les avant-bras. Deux piqûres. L'une près du pli du coude, l'autre plus près de la région moyenne de l'avant-bras droit. Deux piqûres témoins dans les mêmes régions. Le soir, à quatre heures, la piqûre supérieure a donné naissance à une papule rouge, très foncée, entourée d'une auréole de 4 centimètres de diamètre, de même couleur. L'épiderme, à son niveau, était d'aspect quadrillé et brillant. L'aréole ne disparaissait pas complètement à la pression et quand on pressait fortement à son niveau elle apparaissait plus petite mais présentait encore une coloration café-au-lait, analogue à celle du pityriasis versicolor. La piqûre inférieure était entourée également d'une petite aréole de 1 centimètre de diamètre avec les mêmes caractères objectifs. Léger prurit. Rien aux piqûres témoins. Le lendemain on ne voyait plus que la trace des piqûres et au niveau de l'endroit où avait paru l'aréole supérieure, quelques petites squames furfuracées. Le malade ne s'était pas gratté. Rien à la piqûre inférieure.

Expérience VIII

N° 25 de la même salle. — 22 ans. Teint brun, peau fine. Deux piqûres même région, dans les mêmes conditions. L'une d'elle donne naissance à une papule entourée d'une petite auréole de 2 centimètres de diamètre ne disparaissant pas tout à fait à la pression. Le lendemain rien. Pas de desquamation.

Bien que chez le sujet n° 7 nous ayons obtenu une aréole ne disparaissant pas tout à fait à la pression et une desquamation comme on en voit dans la mélanodermie phtiriasique, nous ne pouvons pas considérer nos expériences comme positives, car dans aucun cas nous n'avons pu au bout de vingt-quatre heures observer de pigmentation persistante. Mais nous ferons remarquer que les causes d'erreur peuvent être fort nombreuses. Il est d'ailleurs fort difficile de se placer dans les conditions qui, *a priori*, paraissent favorables. On ne trouve pas comme l'on veut des sujets âgés, débilités et bruns de peau, et quand on en a un sous la main on n'a plus de parasites. Il est impossible de les conserver plus de trente-six heures dans un flacon. Il faut peut-être enfin des sujets prédisposés d'une façon toute spéciale. De plus la mélanodermie phtiriasique ne ressemble pas aux taches bleues, elle n'est pas un simple érythème toxique mais une pigmentation véritable, probablement due à un vice de nutrition de l'épithélium de Malpighi, exigeant une action prolongée pour se produire. Enfin quand la mélanodermie apparaît chez les sujets, ils ont des poux depuis longtemps, et en grande quantité. Il est donc possible qu'une notable quantité

de toxines soit nécessaire pour déterminer le phénomène. Nous aurions volontiers tenté des inoculations avec une plus grande quantité de matière à l'aide de la seringue de Pravaz. Mais il n'est pas facile de trouver des phtiriasiques quoique cette affirmation ait l'air d'un paradoxe, et quand on en rencontre on ne peut, dans la majorité des cas, que trouver tout au plus une trentaine de poux; les malades changent souvent de linge avant de venir à l'hôpital ou aux consultations. Il nous aurait fallu peut-être encore plusieurs mois avant de nous procurer une quantité suffisante de pédiculi et nous ne pouvons retarder plus longtemps l'impression de notre thèse. D'ailleurs quelques preuves cliniques viennent encore à l'appui de nos idées.

Chez le malade de M. Besnier, la pigmentation, quoiqu'il ne se grattât pas, était plus prononcée tout autour de la base du cou. Nous savons que c'est cette région que les parasites attaquent en plus grand nombre, et il est bien difficile d'expliquer autrement que par leurs piqûres cette prédominance de coloration.

Les phénomènes concomitants, la cachexie, les œdèmes sont peut-être explicables eux aussi par une intoxication. En effet, le nombre de parasites est si grand quelquefois, que la perte de sang qu'ils occasionnent ne doit pas être sans importance pour des malades qui, d'autre part, se nourrissent mal, et s'ils font pénétrer de la salive par leurs piqûres, il est possible qu'ils soient la cause directe de l'affaiblissement noté chez la plupart des sujets, si cette salive est toxique. Quelques faits viennent à l'appui de cette opinion.

M. Boyer, dans sa thèse de Lyon (1883), a publié six observations très concluantes d'albuminurie liée à la phtiriase du cuir chevelu.

Enfin, Allan Jemieson (1) a observé deux cas de fièvre de 103 à 106° Fahrenheit, chez deux individus de quatorze et dix-neuf ans, qui a paru liée nettement à la phtiriase du corps, car les malades n'avaient aucune autre affection ni générale, ni locale, et la disparition de la fièvre suivit immédiatement celle des parasites.

Ces phénomènes peuvent évidemment être expliqués de bien des façons, mais ne sont pas en désaccord avec l'hypothèse d'une intoxication, bien au contraire.

---

(1) *Britisch journal of Dermatology.*

CONCLUSIONS

En résumé et pour conclure :

1° La théorie du grattage admise par les dermatologistes contemporains ne suffit pas pour expliquer la mélanodermie phtiriasique, parce que celle-ci se généralise aux muqueuses et se rencontre chez des individus qui ne se grattent pas ;

2° Quoique nous n'ayons pu en fournir la preuve expérimentale, la clinique, l'analogie permettent de conclure qu'elle est, comme les taches bleues phtiriasiques, causée par une substance toxique introduite dans la peau par la piqûre des parasites. Cette substance agit localement ou bien à distance, grâce à sa pénétration dans le torrent circulatoire.

Vu, bon à imprimer
Le Président de la Thèse,
Dr X. ARNOZAN.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.
Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 novembre 1893
Le Recteur,
A. COUAT

Bordeaux. — Impr. du Midi, P. Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.